



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **509**/19

Processo Administrativo nº: PMC.2018.00033355-11

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Pregão Eletrônico nº 154/2019

Objeto: Registro de Preços de medicamentos de uso tópico.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa - **CIAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 05.782.733/0001-49, através do seu representante legal, acordam proceder, nos termos do Decreto Municipal nº 11.447/94, da Lei Federal nº 8.666/93, e do Edital em epígrafe, ao Registro de Preços referente aos itens abaixo discriminados:

Item	Cód.	Material	Un.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
09	35844	BECLOMETASONA 50 MCG NASAL, FRASCO DOSADOR COM DISPOSITIVO PARA INALAÇÃO NASAL PARA 200 DOSES. CADA INALAÇÃO - DOSE FORNECE 50 MCG DE DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA. OBS: CADA FRASCO EQUIVALE A 1 PEÇA.	PC	15.000	11,39

A empresa apresenta neste ato os seguintes documentos: procuração ou contrato social; cédula de identificação; Termo de Ciência e de Notificação.

Fica declarado que o preço registrado na presente Ata é válido pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado o prazo de validade da proposta/lance apresentado no Pregão epígrafado.

Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrada a presente Ata que, após lida e aprovada, será assinada pelas partes.

Campinas, 08 OUT. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

Andrea P. B. Von Zuben
Secretária Municipal de
Saúde em Exercício

CIAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.

RG nº 27.532.141-6

CPF nº 171.552.528-77



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00033355-11

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos de uso tópico.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 154/2019

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: CIAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 50.9/19

ADVOGADO(S)/Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Campinas, 08 OUT. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR (SERVIDOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Alexsandra M. Roz de Lima O. Silva
Cargo: Farmacêutico
CPF: 681.597.226-72 RG: 5.380.616
Data de Nascimento: 31/8/71
Endereço residencial completo: Ju. Anchieta 200 - 11º andar
E-mail institucional: alexandra.rozdelima@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: -
Telefone(s): 216-0169
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: 264.784.768-12 RG: 23.655.948-5
Data de Nascimento: 24/4/74
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: carmino.souza@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

Andrea P. B. Von Zuben
Secretária Municipal de
Saúde em Exercício

Pela CONTRATADA:

Nome: Sen Fernando dos Santos Leme
Cargo: Representante
CPF: 171.552.578-77 RG: 27.533.141-6
Data de Nascimento: 10/05/77
Endereço residencial completo: R: Rua de Coxias - 160 (Ap 64) Leme/SP
E-mail institucional: ciamed@ciameds.com.br
E-mail pessoal: FERNANDO LEMSI@YAHOO.COM.BR
Telefone(s): (19) 98922-1700 (19) 3554-8394
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço Eletrônico.